



DOSSIER FAMILIAL « ACCUEIL DE LOISIRS »

ANNÉE 2019-2020

PARENT 1 : Payeur par défaut

(Partie réservée au gestionnaire : id famille :)

Civilité : Monsieur Madame

NOM Prénom :

NOM DE NAISSANCE : Date de naissance : __/__/__

Coordonnées personnelles : ☎ (fixe) : __/__/__/__/__ - 📞 (port.) : __/__/__/__/__

✉ (e-mail) : adhésion à la facture en ligne

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Union libre PACS

Situation professionnelle :

Employeur : - Profession :

Coordonnées professionnelles : ☎ : __/__/__/__/__

PARENT 2

Civilité : Monsieur Madame

NOM Prénom :

NOM DE NAISSANCE : Date de naissance : __/__/__

Coordonnées personnelles : ☎ (fixe) : __/__/__/__/__ - 📞 (port.) : __/__/__/__/__

✉ (e-mail) : adhésion à la facture en ligne

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Union libre PACS

Situation professionnelle :

Employeur : - Profession :

Coordonnées professionnelles : ☎ : __/__/__/__/__

S'il est nécessaire de noter un « parent 3 » éventuel, merci de bien vouloir remplir une fiche annexe « parent » à joindre au dossier.

ADRESSE

N° et nom de la voie.....

Complément d'adresse :

Code postal : Ville.....

RÉGIME ALLOCATAIRE ET CONSTITUTION DE LA FAMILLE

Nombre d'enfants à charge : - Nombre d'enfants total :

CAF de : MSA de : Autre :

Numéro allocataire : - Nom allocataire :

Quotient familial si connu : - Date d'effet : __/__/__

ENFANT 1 (Partie réservée au gestionnaire : id individu)

NOM : Prénom :
 Date de naissance : ___/___/___ - Sexe : Féminin Masculin
 Établissement scolaire : - Classe

Lien avec adulte 1 : **Responsable légal :** Père / Mère Beau-Père / Belle-Mère Tuteur(trice)
 Placement (Nom de l'organisme ou de la famille d'accueil :.....)

Lien avec adulte 2 : **Responsable légal :** Père / Mère Beau-Père / Belle-Mère Tuteur(trice)
 Placement (Nom de l'organisme ou de la famille d'accueil :.....)

Autres personnes autorisées (ou interdites) à récupérer l'enfant 1 ou à prévenir en cas d'urgence :

Urgence	Interdite	NOM Prénom	Téléphone	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Régime alimentaire spécifique : NON OUI (à préciser : NB : pas de régime sans viande)

NB : En cas d'allergie reconnue (alimentaire ou non), l'inscription ne sera validée qu'avec fourniture d'un certificat médical établi par un allergologue. Il sera vu si un PAI doit être mis en place ou s'il en existe un au sein de l'école. À préciser sur la fiche sanitaire de liaison.

NOM du Médecin traitant : Tél : ___/___/___/___/___

Brevet d'aptitude aux activités nautiques : NON OUI – Date : ___/___/___ (joindre une copie)

Mon enfant est autorisé à :

- participer aux activités en dehors de la structure.
- être transporté dans les véhicules de la collectivité ou au sein des transports qu'elle mettra en place, dans le cadre de l'Accueil de Loisirs.
- repartir seul (plus de six ans seulement) après l'Accueil de Loisirs : NON OUI
- être maquillé : NON OUI

ENFANT 2 (Partie réservée au gestionnaire : id individu)

NOM : Prénom :
 Date de naissance : ___/___/___ - Sexe : Féminin Masculin
 Établissement scolaire : - Classe

Lien avec adulte 1 : **Responsable légal :** Père / Mère Beau-Père / Belle-Mère Tuteur(trice)
 Placement (Nom de l'organisme ou de la famille d'accueil :.....)

Lien avec adulte 2 : **Responsable légal :** Père / Mère Beau-Père / Belle-Mère Tuteur(trice)
 Placement (Nom de l'organisme ou de la famille d'accueil :.....)

Autres personnes autorisées (ou interdites) à récupérer l'enfant 2 ou à prévenir en cas d'urgence :

Urgence	Interdite	NOM Prénom	Téléphone	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Régime alimentaire spécifique : NON OUI (à préciser : NB : pas de régime sans viande)

NB : En cas d'allergie reconnue (alimentaire ou non), l'inscription ne sera validée qu'avec fourniture d'un certificat médical établi par un allergologue. Il sera vu si un PAI doit être mis en place ou s'il en existe un au sein de l'école. À préciser sur la fiche sanitaire de liaison.

NOM du Médecin traitant : Tél : ___/___/___/___/___

Brevet d'aptitude aux activités nautiques : NON OUI – Date : ___/___/___ (joindre une copie)

Mon enfant est autorisé à :

- participer aux activités en dehors de la structure.
- être transporté dans les véhicules de la collectivité ou au sein des transports qu'elle mettra en place, dans le cadre de l'Accueil de Loisirs.
- repartir seul (plus de six ans seulement) après l'Accueil de Loisirs : NON OUI
- être maquillé : NON OUI

ENFANT 3	<i>(Partie réservée au gestionnaire : id individu)</i>
-----------------	--

NOM : Prénom :

Date de naissance : ___/___/___ - Sexe : Féminin Masculin

Établissement scolaire : - Classe

Lien avec adulte 1 : Responsable légal : Père / Mère Beau-Père / Belle-Mère Tuteur(trice)
 Placement (Nom de l'organisme ou de la famille d'accueil :.....)

Lien avec adulte 2 : Responsable légal : Père / Mère Beau-Père / Belle-Mère Tuteur(trice)
 Placement (Nom de l'organisme ou de la famille d'accueil :.....)

Autres personnes autorisées (ou interdites) à récupérer l'enfant 3 ou à prévenir en cas d'urgence :

Urgence	Interdite	NOM Prénom	Téléphone	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Régime alimentaire spécifique : NON OUI (à préciser : NB : pas de régime sans viande)

NB : En cas d'allergie reconnue (alimentaire ou non), l'inscription ne sera validée qu'avec fourniture d'un certificat médical établi par un allergologue. Il sera vu si un PAI doit être mis en place ou s'il en existe un au sein de l'école. À préciser sur la fiche sanitaire de liaison.

NOM du Médecin traitant : Tél : ___/___/___/___/___

Brevet d'aptitude aux activités nautiques : NON OUI – Date : ___/___/___ (joindre une copie)

Mon enfant est autorisé à :

- participer aux activités en dehors de la structure.
- être transporté dans les véhicules de la collectivité ou au sein des transports qu'elle mettra en place, dans le cadre de l'Accueil de Loisirs.
- repartir seul (plus de six ans seulement) après l'Accueil de Loisirs : NON OUI
- être maquillé : NON OUI

Si vous avez plus de trois enfants, merci de bien vouloir remplir une fiche annexe « enfants » à joindre au dossier.

AUTORISATIONS DE PUBLICATION (DROIT À L'IMAGE)

Des photographies, films, enregistrements seront effectués, sur lesquels peuvent figurer votre (vos) enfant(s) (lors de leur présence en Accueil de Loisirs, restauration, séjour court) ainsi que les productions et œuvres originales réalisées durant les activités.

J'autorise / Nous autorisons la Ville de Soissons et les équipes d'encadrement d'Accueil de Loisirs ci-dessus, à utiliser et à publier les photographies, films, enregistrements sur lesquels mon (mes) enfant(s) peut (peuvent) figurer, ainsi que les productions et œuvres originales réalisées.

- utilisation dans le cadre direct des activités ou de l'environnement de l'Accueil de Loisirs : NON OUI
- utilisation extérieure à l'Accueil de Loisirs : NON OUI

(Site Internet et la page Facebook de la Ville de Soissons ; tout autre support informatique tels que CD Rom - DVD - diaporama ; d'éventuels reportages journalistiques par presse écrite, Internet ou audiovisuelle ; des réalisations audiovisuelles ; des expositions thématiques.) **La présente autorisation de publication est consentie à titre gratuit.**

AUTORISATION DE CONSULTATION CDAP (CAF)

J'autorise / Nous autorisons la Ville de Soissons à consulter notre quotient familial via l'interface CDAP de la CAF et à conserver une copie de ces informations : NON OUI

ACCUSÉ DE RÉCEPTION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR DES ACCUEILS DE LOISIRS

Je déclare / Nous déclarons avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des Accueils de Loisirs organisés par la Ville de Soissons, pendant les vacances scolaires et les mercredis. **Le seul fait d'inscrire un enfant en Accueil de Loisirs sans hébergement constitue pour les parents une acceptation de ce règlement.**

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) / Nous soussigné(e)s : Nom(s) et Prénom(s).....
.....
déclare / déclarons sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-avant.

Fait à, le

Signature du (des) responsable(s) légal (légaux) :

PIÈCES À FOURNIR EN PLUS DU PRÉSENT DOSSIER (pièces à cocher par le gestionnaire)

- Fiche d'inscription par période (le cas échéant)*
- Une fiche sanitaire par enfant*
- Copie de carnet de santé à jour des vaccinations par enfant*
- Copie attestation d'affiliation CAF ou MSA avec numéro d'allocataire ou quotient familial OU dernier avis d'impôts sur les revenus, en l'absence de quotient familial*
- Copie d'attestation carte vitale + mutuelle (ou CMU) en cours*
- Copie d'attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire en cours*
- Justificatif de domicile de moins de six mois (facture électricité, eau...) si non affiliés CAF Aisne*
- En cas de traitement médical : formulaire d'autorisation parentale spécifique + ordonnance*
- En cas d'allergie: ordonnance du médecin allergologue et/ou « PAI » en fonction des situations.*

Les services de la Ville de Soissons disposent de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement les Accueils de Loisirs. Les informations enregistrées sont réservées à l'usage des services concernés et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : Caisse d'Allocations Familiales ; Mutualité Sociale Agricole.

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant aux services de la Ville de Soissons.